

F A X 注文書

年 月 日

ワカキ大河原支店 健康グッズ販売担当 宛

FAX:0224-52-3504

下記のとおり、注文いたします。

ご氏名			
ご住所	〒 -		
電話番号		F A X	
メールアドレス			
お届け先ご氏名	※上記に同じ場合は記入不要		
お届け先ご住所	〒 -		
お届け先電話番号		届け先 F A X	
代金支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金支払 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> カード支払(ご来店時)		
店頭渡し店舗	<input type="checkbox"/> 大河原支店 <input type="checkbox"/> 角田本店 <input type="checkbox"/> 白石支店		
宅配配達希望日	月 日 曜日	送料	着払いのみ ※送料は別途必要
配達希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前(9:00-12:00)		<input type="checkbox"/> 午後(12:00-17:00)
	<input type="checkbox"/> 夕方(17:00-19:00)		<input type="checkbox"/> 夜間(19:00-21:00)
通信欄			

商品名	単価	数量	金額
	※		※
※単価・金額などの記入と計算はワカキが行います			合計